Idaho Immunization Reminder Information System

Al firmar la declaración abajo autorizo que el proveedor del cuidado de la salud que me inmuniza a mi hijo o a mí, o el personal apropiado en la escuela o guardería de mi hijo, someta información pertinente a las vacunas, sobre mi hijo o mía, al Sistema voluntario de Información y Recordatorio de Vacunas o IRIS (por sus siglas en inglés). Esta información se limitará a información de identificación (tal como el nombre y la fecha de nacimiento), información de las vacunas (tal como las fechas y los tipos de vacunas) e información sobre el domicilio (como la dirección correcta.) Para asegurarse que las vacunas correctas están siendo provistas, o para verificar si mi hijo o yo hemos recibido vacunas, nuestra información en el sistema IRIS puede estar disponible y puede ser divulgada a los proveedores del cuidado de la salud, los proveedores del cuidado de los niños o las escuelas.

Mi consentimiento autoriza nuestro registro en el sistema de inmunización estatal y la divulgación de información pertinente a mi hijo o mí a los proveedores del cuidado de la salud de mi hijo o míos, a la guardería o a la escuela de mi hijo sin más autorización que ésta. Tal vez me pidan información que ayudará a asegurase que los registros están correctos y no serán confundidos con los de otra persona, tal como;

Mi consentimiento también permite la transferencia y la entrada del registro de vacunas anterior, de mi hijo o mío, en el registro electrónico estatal.

Yo autorizo que inscriban a mi hijo o a mí y que transfieran el registro de vacunas de mi hijo o el mío en el Sistema de Información y Recordatorio de Vacunas (IRIS) para asegurarse que el registro de vacunas esté disponible para mí, para nuestros médicos, proveedores del cuidado de los niños y las escuelas. Entiendo que me pueden pedir información que ayudará a asegurarse que nuestros registros estén correctos y no serán confundidos con los registros de otra persona, tal como: el apellido de soltera de la madre, el sexo y la elegibilidad del niño a vacunas gratis. Yo autorizo la inclusión de toda la información en el sistema IRIS y la divulgación de esta información de IRIS a personas autorizadas.

Nombre del Niño o Mi Nombre _____ Sexo F / M _____ Raza _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____ Apellido de Soltera/Nombre del Guardián _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Firma Parentesco al Niño Fecha (si aplica) _____ Fecha _____

IIP 8/08